DSP - groep
Onderzoek – Advies – Management

Meer zicht op geadopteerden

Adoptienazorg: uitdagingen, verantwoordelijkheden, rollen en taken in beeld

Paul Duijvestijn
Bram van Dijk

RAPPORT



Meer zicht op geadopteerden

Adoptienazorg: uitdagingen, verantwoordelijkheden, rollen en taken in beeld

Paul Duijvestijn
Bram van Dijk

Amsterdam, 11 maart 2015

Paul Duijvestijn
pduijvestijn@dsp-groep.nl
M 06 458 825 11

Bram van Dijk
bvandijk@dsp-groep.nl
M 06 553 923 68

Inhoud

Adoptienazorg: aanleiding en doel

In het ‘Internationale Verdrag van de Rechten van het Kind’ (1989) is door de Verenigde Naties vastgelegd dat ieder kind het recht heeft om op te groeien in een gezin. Kinderen die niet door hun biologische ouder(s) kunnen worden opgevoed krijgen door adoptie de kans om toch in een gezin op te groeien. Onderzoek[1] maakt duidelijk dat dit de ontwikkelingskansen van deze kinderen aanzienlijk verbetert. De stabiele zorg van adoptieouders kan adoptiekinderen helpen om schadelijke gevolgen van ondervoeding of verwaarlozing te boven te komen.

Maar adoptiekinderen zijn wel kwetsbare kinderen. Ze hebben veel meegemaakt, gemist en verloren. Juist deze kinderen verdienen het om terecht te komen in een gezin en omgeving, waar zij de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dit vraagt extra inspanning en specifieke kennis en vaardigheden; in de eerste plaats van adoptieouders, maar ook van andere betrokkenen, zoals scholen, kinderopvang, jeugdgezondheidszorg, wijkteams en huisarts.
Adoptie is geen gemakkelijke en vanzelfsprekende vorm van ouderschap. Er kunnen complexe opvoedingsvragen ontstaan, die niet vanzelf voorbij gaan of met behulp van mensen uit het eigen netwerk opgelost kunnen worden. Adoptiegezinnen hebben een inhaalslag te maken op het gebied van herstel van hechting en traumabehandeling. Daarom is het belangrijk dat adoptieouders goed worden voorbereid en dat zij, maar ook andere ‘spelers’ in de directe omgeving, waar nodig een beroep kunnen doen op experts met adoptiespecifieke kennis en ervaring.

De ondersteuning aan geadopteerden en adoptiegezinnen, zowel op medisch als psychosociaal gebied, noemen we adoptienazorg. Dit vormt onderdeel van het algemene aanbod van jeugdzorg, maar in deze notitie staat de vraag centraal wat verder nog nodig is aan specifieke adoptienazorg. De inhoud is in samenspraak met betrokken partijen uit het veld bepaald: zie bijlage 1. Met elkaar hebben zij de wenselijke opzet van adoptienazorg benoemd en beschreven welke stappen daartoe moeten worden gezet. De kern van de notitie bestaat uit een afsprakenkader (groeidocument: zie verder), dat beschrijft wie wat wanneer doet in de nazorg van geadopteerden en adoptiegezinnen. Met als uiteindelijk en gezamenlijk doel dat geadopteerden zo goed en gezond mogelijk kunnen opgroeien.

Noot 1 Zie onder meer: Schoenmaker, C. (2014). *From Infancy to Young Adulthood: The Leiden Longitudinal Adoption Study.* Leiden: Child and Family Studies, Institute of Education and Child Studies, Faculty of Social and Behavioural Sciences, Leiden University. En: ADOC (2006). *Groei, ontwikkeling en gezondheid van adoptiekinderen: wetenschappelijk onderzoek samengevat.* Leiden: Adoptie Driehoek Onderzoeks Centrum.

Meer aandacht voor adoptienazorg

Voorafgaand aan de plaatsing van een adoptiekind doorlopen aspirant adoptieouders een verplicht traject van zes voorlichtingsbijeenkomsten door de Stichting Adoptievoorzieningen (SAV), onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming en matching en bemiddeling door vergunninghouders[2]. De Centrale autoriteit internationale kinderaangelegenheden van het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft hierin een toetsende rol. Op deze manier wordt er in het voortraject voor gezorgd dat adopties zo goed mogelijk verlopen.

Ook na de plaatsing van het adoptiekind in het gezin is het echter belangrijk om zicht te houden op adoptiekinderen en -gezinnen, zodat dreigende problemen in de ontwikkeling, ouder-kind relatie of thuissituatie zo vroeg mogelijk gesignaleerd en getackeld kunnen worden. De vraag is hoe dit zicht geregeld kan worden, zonder op voorhand onnodig veel te problematiseren.

De Inspectie Jeugdzorg (IJZ)

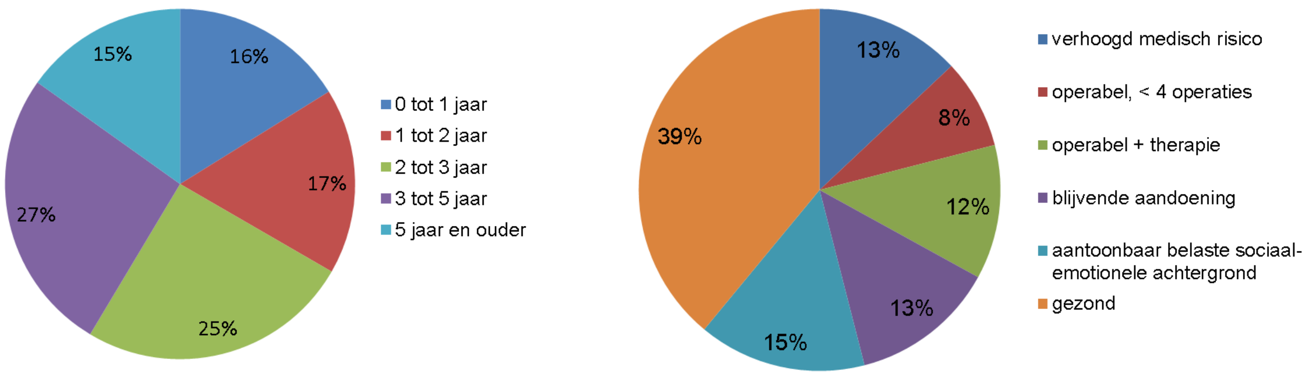
Een belangrijke aanleiding voor deze notitie vormen de conclusies en aanbevelingen van een onderzoeksrapport van de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) in 2013.[3] Daarin spreekt de Inspectie van onevenwichtigheid in de fase voorafgaand aan de adoptie en de fase daarna. De IJZ is van mening dat het zicht op het kind in het gezin onvoldoende is geborgd, waardoor een mogelijke stagnerende ontwikkeling of toenemende problemen niet tijdig worden gesignaleerd. De IJZ doet de aanbeveling om een vorm van nazorg – in de vorm van een medisch en psychosociaal onderzoek – vast onderdeel te laten uitmaken van de adoptieprocedure.
Om hieraan invulling te geven heeft de staatssecretaris van het ministerie van VWS per brief van 28 mei 2013 aan de Tweede Kamer toegezegd een handreiking op te laten stellen. Voorliggende notitie beschrijft op welke wijze de ketenpartners adoptienazorg gaan versterken. In samenhang hiermee wordt daarnaast een praktische handreiking ontwikkeld voor professionals, die in hun werk af en toe te maken krijgen met adoptie(kinderen), zoals jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, pedagogisch medewerkers in de kinderopvang, huisartsen en leerkrachten. De handreiking is bedoeld om deze groepen adoptiealert te maken.

Achtergrondcijfers

In 2013 zijn er 401 adoptiekinderen in Nederland aangekomen. Er is de afgelopen jaren sprake van een dalende trend[4], maar vooral valt op dat het profiel van de geadopteerde kinderen is veranderd. In vergelijking met een aantal jaar terug zijn de adoptiekinderen, die naar Nederland komen, gemiddeld ouder. Meer dan de helft van de kinderen, die in 2013 naar Nederland kwamen, is twee jaar of ouder. Bovendien hebben adoptiekinderen in toenemende mate een medische aandoening en/of een belaste sociaal-emotionele achtergrond ('special needs'): in 2013 gold dit voor 61 procent van alle geadopteerde kinderen.[5] Van adoptieouders en de omgeving vraagt dat veel draagkracht en extra kennis en opvoedingsvaardigheden. Dit benadrukt het belang van goede en gestructureerde adoptienazorg.

Noot 2 vergunninghouders zijn de organisaties die een vergunning hebben van het ministerie van Veiligheid en Justitie om te bemiddelen bij interlandelijke adoptie.
Noot 3 Inspectie Jeugdzorg (januari 2013). *Casusonderzoek interlandelijke adoptie. Onderzoek naar aanleiding van een mislukte adoptie.* Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.
Noot 4 In 2011 werden 529 kinderen door Nederlandse ouders geadopteerd en in 2012 ging het om 488 interlandelijke adopties. In de jaren daarvoor (2007 tot en met 2010) lag het aantal adopties nog boven de 700.
Noot 5 Bron: SAV (2014). *Jaarverslag 2013.* Utrecht: Stichting Adoptievoorzieningen.

Figuur 1 Adopties 2013 – leeftijd en achtergrond adoptiekinderen



Bron: SAV (2014). *Jaarverslag 2013.* Utrecht: Stichting Adoptievoorzieningen.

Het doel en de status van deze notitie

Met elkaar staan de ketenpartners, die direct betrokken zijn bij adoptie, voor de uitdaging om de onderlinge samenwerking in de adoptieketen te versterken, te zorgen voor meer evenwicht tussen de fase voorafgaand aan de adoptie en de fase na plaatsing en het zicht op geadopteerden en adoptiegezinnen te bevorderen. Dit moet ertoe leiden dat geadopteerden en adoptiegezinnen de ondersteuning krijgen die ze nodig hebben.

Deze notitie is vooral bedoeld als gedeeld afsprakenkader. Het is het resultaat van een proces, waarin met vertegenwoordigers van diverse betrokken partijen (zie bijlage 1) gesproken is over de gewenste invulling van adoptienazorg en over de bijbehorende verantwoordelijkheden, rollen en taken in de verschillende fases van adoptienazorg. Voorliggend document schept hierin duidelijkheid. Daarmee is het op te vatten als breed gedragen richtlijn voor de verschillende ketenpartners. De komende tijd wordt bezien in hoeverre de afspraken ook wettelijk verankerd kunnen worden. Tevens biedt de notitie een verantwoording en onderbouwing van de stappen die zijn en worden gezet, mede ook in reactie op de aanbevelingen van de Inspectie Jeugdzorg.

Groeidocument

Adoptienazorg is in ontwikkeling. De hoofdlijnen van die ontwikkeling zijn duidelijk, maar verschillende onderdelen behoeven nog een nadere uitwerking. Voorliggend document biedt, kortom, een goede basis, maar de inhoud dient jaarlijks te worden geactualiseerd. Ook al om er voor te zorgen dat adoptienazorg blijft aansluiten op nieuwe ontwikkelingen en inzichten, zoals de decentralisaties. Uitgangspunt daarbij is dat de keuzes en stappen, zoals in voorliggend document bepleit, een structureel karakter krijgen, ook na de transitie jeugdzorg d.d. 1 januari 2015.

Vanaf 1 januari 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van alle jeugdhulp, inclusief de preventieve adoptienazorg. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) – de belangenbehartiger van de gemeenten – heeft besloten de preventieve adoptienazorg zoals verzorgd door Stichting Adoptievoorzieningen in elk geval tot 2017 landelijk – namens alle gemeenten – te financieren. Dit betekent dat gemeenten hiervoor geen aparte voorzieningen hoeven te treffen.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport blijft systeemverantwoordelijk. Dat betekent onder meer dat VWS het proces en de voortgang van de in de volgende paragraaf beschreven evaluatiefase en nazorgfase bewaakt. Hierin werkt zij nauw samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en het ministerie van Veiligheid en Justitie – dat verantwoordelijk is voor de stappen die vooraf gaan aan de plaatsing van geadopteerden.

Adoptienazorg in 3 fases

Adoptienazorg betreft hulpverlening aan geadopteerden en hun opvoeders, zowel op medisch als op psychosociaal gebied. Het varieert van een preventief aanbod tot behandeling van zeer complexe problematiek. Uitgangspunt is dat de hulp zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig is. Hierbij past een getrapte werkwijze (‘stepped care’), waarbij signalering, preventie en interventie een samenhangend geheel vormen. Door in een vroeg stadium te signaleren en (aspirant) adoptieouders in hun kracht te zetten kan inzet van dure gespecialiseerde zorg in een latere fase zoveel mogelijk worden voorkomen. Deze werkwijze komt ook de ontwikkeling van het kind ten goede. In aansluiting hierop onderscheiden we drie fases:

Fase adoptienazorg	Doel
1. **De duidingsfase** voorafgaand aan de matching	Het bevorderen van de kwaliteit van de matching, door een zo goed en volledig mogelijk beeld te verkrijgen over de medische en psychosociale achtergrond van het adoptiekind en aspirant adoptieouders hierover adequaat te informeren.
2. **De evaluatiefase** in het eerste jaar na plaatsing	Eventuele medische -, ontwikkelings- en opvoedingsrisico’s snel in beeld krijgen, om waar nodig vroegtijdig passende hulp te kunnen bieden. Tevens versterken van adoptieouders als opvoeder.
3. **De nazorgfase** op de langere termijn	Vroegsignalering en het waar nodig inzetten van passende deskundigheid bij (dreigende) problemen in het opgroeien en/of opvoeden en specifieke adoptie gerelateerde vragen.

Opbouw en leeswijzer

De notitie is opgebouwd aan de hand van deze drie fases. Elke fase wordt toegelicht en uitgewerkt in een apart hoofdstuk. De hoofdstukken laten zich ook afzonderlijk lezen.
Per fase gaan we in op de belangrijkste uitdagingen en benoemen we de bijbehorende rol- en taakverdeling.[6] Elk hoofdstuk sluit af met een actielijst. Daarin zijn zaken en taken opgenomen die op de korte termijn om een verdere uitwerking vragen.

Noot 6 Zie Bijlage 4 voor een overzicht van verantwoordelijkheden en taken van de belangrijkste spelers in het adoptieveld op hoofdlijnen.

1 De duidingsfase: voorafgaand aan de matching

Een belangrijk uitgangspunt is dat een adoptiekind terecht komt in een gezin, dat past bij en recht doet aan de specifieke behoeften van dat kind. Zeker nu steeds meer kinderen met special needs, oudere kinderen en meerlingen ter adoptie worden aangeboden is een goede, passende opvoedingssituatie minder vanzelfsprekend.

Het betekent dat de vaardigheden, mogelijkheden en belastbaarheid van aspirant adoptieouders moeten passen bij de specifieke behoeften van een adoptiekind. In Nederland is het aan de vergunninghouders om die inschatting te maken[7] of de vanuit de zendende landen voorgestelde match te bekrachtigen. Hoe kan de kans op een succesvolle match tussen adoptiekind en adoptieouders worden geoptimaliseerd, zonder door te schieten in risicobeperking? Die vraag staat centraal in fase 1, de duidingsfase. Kern van deze fase is het achterhalen en vervolgens duiden oftewel interpreteren van de informatie, die nodig is om een goede match tot stand te brengen.

1.1 Ontsluiten en verzamelen van informatie: kwetsbare en beschermende factoren in beeld

Voorwaarde voor het tot stand brengen of beoordelen van een goede match is dat de vergunninghouders beschikken over voldoende relevante informatie over zowel aspirant adoptieouders als (potentieel) adoptiekind en familieachtergronden.

De aspirant adoptieouders in beeld: het raadsonderzoek

De Raad voor de Kinderbescherming verzamelt in het voortraject informatie over de aspirant adoptieouders middels het gezinsonderzoek. Daarmee zijn de omstandigheden, vaardigheden, risicofactoren en belastbaarheid van de aspirant adoptieouders in beeld. Daarbij is de mogelijkheid aanwezig dat de Centrale autoriteit op aangeven van de vergunninghouders tijdens de bemiddelingsfase hun twijfels over aspirant-adoptiefouders kunnen uiten. De Centrale autoriteit kan de Raad voor de Kinderbescherming vervolgens verzoeken een aanvullend onderzoek in te stellen. Mocht in de nazorg de noodzaak blijken om een beschermingsmaatregel te treffen, dan kan hiervan door de verantwoordelijke gemeente of een gecertificeerde instelling melding worden gemaakt bij de Raad voor de Kinderbescherming.

Het adoptiekind in beeld: medische en psychosociale verificatiepunten

Het verzamelen van informatie over de achtergrond en medische en sociaal-emotionele ontwikkeling van (potentiële) adoptiekinderen ligt bij de vergunninghouders. In overeenstemming met het Kwaliteitskader vergunninghouders Interlandelijke Adoptie[8] dient de bemiddeling altijd gebaseerd te zijn op actuele, betrouwbare en zo volledig mogelijke informatie.

Noot 7 met name op basis van het kinddossier uit het land van herkomst en het gezinsrapport van de Raad voor de Kinderbescherming.

Noot 8 Het Kwaliteitskader – 2e herziene versie van 27 mei 2013 – bevat een aantal kwaliteitseisen met betrekking tot de rol van de vergunninghouders in de adoptieprocedure.

Om de kwaliteit van en uniformiteit in de informatievergaring te bevorderen wordt geadviseerd dat de vergunninghouders, in aanvulling op het Kwaliteitskader, elk kind c.q. dossier standaard checken op een aantal vaste, objectieve en wetenschappelijke medische en psychosociale verificatiepunten 'met voorspellende waarde'. Het gaat daarbij om kwetsbare én beschermende factoren, waar informatie over gewenst is.
De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) heeft de medische verificatiepunten inmiddels in concept ontwikkeld. Daarvoor heeft zij de medische lijst van het Haags Adoptieverdrag als basis gebruikt. De verificatiepunten bevatten aspecten, die nodig zijn om te kunnen inschatten of een kind zich later zelfstandig in de maatschappij kan redden. De NVK stelt voor onderscheid te maken tussen operabele of behandelbare aandoeningen (bijv. schisis), aandoeningen waar goed mee te leven valt (bijv. heterozygote thalassaemie), aandoeningen die onzekerheid geven (bijv. NF1), complexe aandoeningen (bijv. syndromen) en aandoeningen met geringe kwaliteit van leven (bijv. ernstige hartafwijkingen).
De Stichting Adoptievoorzieningen (SAV) heeft inmiddels de psychosociale verificatiepunten in concept ontwikkeld. Het gaat hierbij om in het kinddossier te traceren risico- en beschermende factoren, zoals de hechtingsbasis (wijze van afstand, aantal overplaatsingen) en de typering en kwaliteit van het tehuis/pleeggezin.

Het is de taak en verantwoordelijkheid van de vergunninghouders om elk kind of dossier standaard op alle verificatiepunten te checken. Niet altijd echter is alle informatie in de landen van herkomst te achterhalen[9], onder meer omdat de mogelijkheden voor nader medisch onderzoek veelal beperkt zijn. Uitgangspunt is dat de vergunninghouders een onderbouwing geven Indien het niet lukt om bepaalde informatie (verificatiepunten) te achterhalen. Welke en hoeveel informatie minimaal bekend moet zijn valt niet vooraf aan te geven: er is hierin geen gouden standaard. Het gaat om maatwerk, waarbij de vergunninghouder en vervolgens de Centrale autoriteit internationale kinderaangelegenheden elk individueel dossier weegt respectievelijke toetst op basis van het totaalbeeld en het risicoprofiel gebaseerd op de verificatiepunten.

1.2 Duiden van de beschikbare informatie: de rol van de kinderarts

Een zorgvuldige weging of duiding van het opgebouwde dossier betekent: bepalen of er voldoende informatie is en indicaties zijn voor een succesvolle bemiddeling. De Inspectie Jeugdzorg dringt erop aan om alle dossiers te laten duiden door een kinderarts, om zo een kwalitatief goede, uniforme en objectieve duiding te garanderen. Op dit moment doet één vergunninghouder dit. De andere vergunninghouders schakelen alleen bij twijfel over de medische situatie een (kinder)arts in om het dossier te duiden.
De aanbeveling van de Inspectie Jeugdzorg voor een medische duiding van dossiers is door het ministerie van Veiligheid en Justitie overgenomen. In dit kader start het ministerie – in samenwerking met de vergunninghouders en de NVK – met een pilot om te bepalen op welke wijze de aanbevolen duiding in te voeren. De pilot dient om inzicht te krijgen in de wijze waarop een uniforme en

Noot 9 Juist daarom is het essentieel dat de vergunninghouders sterk blijven inzetten op de kwaliteit en betrouwbaarheid van de contacten in de zendende landen,

objectieve werkwijze bij de duiding kan worden bereikt.[10] Dit ondanks de grote verschillen in kwaliteit van de uit de landen van herkomst afkomstige rapportages.
Bijkomend voordeel van de betrokkenheid van kinderartsen als onafhankelijke professionals in het bemiddelingsproces is dat dit de rol van de Centrale autoriteit internationale kinderaangelegenheden vereenvoudigt en zuiverder maakt.

De kinderartsen richten zich primair op de medische toetsing van dossiers, maar indien er vragen of onduidelijkheden zijn of blijven over de psychosociale achtergrond kan de vergunninghouder, al dan niet op aanbeveling van de kinderarts, advies inwinnen bij een pedagogisch adoptie-expert.[11]

De groep van in adoptie gespecialiseerde kinderartsen (zie bijlage 2) ziet veel adoptiedossiers voorbijkomen. Met het oog op uniformiteit en voortdurende kwaliteitsontwikkeling is het aan deze groep om periodiek af te stemmen over trends, de kwaliteit van de dossiers, ontbrekende informatie enz. Deze informatie dienen zij minimaal eens per jaar terug te koppelen aan de vergunninghouders. Ook kan het leiden tot bijstelling of aanvulling van de in 1.1 genoemde 'bijsluiter' met verificatiepunten. Om de kwaliteit en uniformiteit verder te bevorderen zal de NVK binnen de pilot een vast format voor de medische duiding ontwikkelen en gaan gebruiken.

Informeren in het belang van aspirant-adoptieouders en adoptiekinderen

Aspirant adoptieouders hebben veel behoefte aan informatie. Zij hebben behoefte aan zo realistisch, objectief en volledig mogelijke informatie over de medische en psychosociale achtergrond van het met hen gematchte adoptiekind, opdat ze goed zijn voorbereid en weten waar ze aan beginnen. Met het oog op de toekomst is dergelijke informatie, onder meer over erfelijke ziekten, ook voor geadopteerden zelf (en hun toekomstig nageslacht) van groot belang. Tegelijk is het belangrijk om richting aspirant adoptieouders (en later ook geadopteerden) te benadrukken dat risico's en onzekerheden er tot op zekere hoogte bij horen en dat de beschikbare psychosociale informatie niet altijd even 'hard' is.

In de duidingsfase zijn de vergunninghouders primair verantwoordelijk voor het informeren van aspirant adoptieouders. Wanneer sprake is van medische risicofactoren is het zaak dat zij aspirant adoptieouders adviseren om – voorafgaand aan de acceptatie van het voorstel – het dossier te bespreken met een kinderarts (bij voorkeur van 'de lijst': zie bijlage 2), zodat zij zo volledig mogelijk zijn geïnformeerd. Dit is zoals gezegd in het belang van aspirant adoptieouders zelf. De eerdergenoemde pilot kan tevens duidelijk maken wanneer een dergelijk informatiegesprek met een kinderarts al dan niet meerwaarde heeft.
Voor vragen van psychosociale aard kunnen de vergunninghouders, al dan niet op advies van de kinderarts, weer een beroep doen op de Stichting Adoptievoorzieningen of een andere adoptie-expert. Ook kunnen aspirant adoptieouders natuurlijk persoonlijk advies inwinnen bij een adoptie-expert als zij aarzelingen, vragen of twijfels hebben. De telefonische advieslijn van de Stichting Adoptievoorzieningen biedt in dit verband de mogelijkheid tot kosteloze telefonische consultatie. Het gaat dan nadrukkelijk niet om de inhoud van het dossier, maar om de eigen onzekerheden van de aspirant adoptieouder(s) over het mogelijke ouderschap.

Noot 10 In de pilot wordt gewerkt met een gecontroleerde situatie waarbij voor 70 dossiers proefondervindelijk wordt bekeken hoe de duiding verloopt. Bij de duiding van de dossiers door de kinderarts wordt gekeken naar zowel de medische als psychosociale situatie van het kind. Ook het kosten- en tijdsaspect worden in de pilot meegewogen, evenals de wijze waarop dit instrument in de werkzaamheden van de vergunninghouders een plek kan krijgen.
Noot 11 Indien de Stichting Adoptievoorzieningen (SAV) hier telefonisch voor wordt ingeschakeld zijn daar voor de vergunninghouder en aspirant-adoptieouder geen extra kosten aan verbonden. Voor een 1 op 1 consult brengt de SAV een ouderbijdrage in rekening (in 2014: € 65).

1.3 Samenvattend: verantwoordelijkheden, taken en actiepunten

Onderstaand volgt een opsomming van de verantwoordelijkheden en reguliere taken van de belangrijkste spelers in de duidingsfase.

De Raad voor de Kinderbescherming:

- Opstellen gezinsrapport, dat duidelijkheid geeft over de omstandigheden, vaardigheden, mogelijkheden, risicofactoren en belastbaarheid van aspirant adoptieouders. Dit vormt een belangrijke informatiebron voor de vergunninghouders voor de matching.
- Stimuleren dat ketenpartners hun eventuele twijfels over (aspirant) adoptieouders doorgeven en hier zo nodig gevolg aan geven (aanvullend onderzoek, extra ondersteuning, anderszins).

De vergunninghouders:

- Ontsluiten en verzamelen van informatie over de medische en psychosociale achtergrond van (potentiële) adoptiekinderen, dit mede aan de hand van de 'bijsluiter' met verificatiepunten (risico- en beschermende factoren).
- Zorgvuldig wegen c.q. duiden van het opgestelde dossier, met als doel om (zo mogelijk) tot een goede matching te komen of een voorgestelde match vanuit de zendende landen goed te kunnen beoordelen.
- Zo volledig mogelijk informeren van aspirant adoptieouders, maar tevens benadrukken dat risico's en onzekerheden er tot op zekere hoogte bij horen en niet zijn uit te sluiten.
- Aspirant adoptieouders adviseren om voorafgaand aan acceptatie van het voorstel een kinderarts te raadplegen en in voorkomende gevallen tevens een pedagogisch adoptie-expert.
- Vergunninghouders onderling: periodiek afstemmen en uitwisselen over de wijze van informatieverzameling en duiding. Tevens terugkoppeling geven aan de Raad voor de Kinderbescherming en het ministerie van Veiligheid en Justitie.

De (in adoptie gespecialiseerde) kinderartsen:

- Duiden van de dossiers volgens een vast format en rapporteren aan de vergunninghouders.
- Bespreken van dossiers met gematchte aspirant adoptieouders.
- Groep van in adoptie gespecialiseerde kinderartsen NVK: periodiek afstemmen en uitwisselen over trends, kwaliteit dossiers, ontbrekende informatie enz., met terugkoppeling naar vergunninghouders en aan de Centrale autoriteit. Tevens ontwikkeling van duidingsformat.

Stichting Adoptievoorzieningen (en eventueel andere adoptie-experts):

- Voorbereiding, voorlichting en procesbegeleiding van aspirant adoptieouders.
- Organiseren van themabijeenkomsten in de periode van voorlichting tot afreizen.
- Op verzoek adviseren bij psychosociale duiding van dossiers.
- Op verzoek informeren (consultatie) van aspirant adoptieouders bij onzekerheden, twijfels, vragen en onduidelijkheden van psychosociale aard en over het mogelijke ouderschap.

Centrale autoriteit internationale kinderaangelegenheden:

- Procedureel en inhoudelijk toetsen van matchingsvoorstellen.

Actie- en uitwerkingspunten

Actie	Verantwoordelijk	Planning
Opzetten pilot meerwaarde standaard inzet kinderartsen in duidingsfase: uitwerking	Ministerie van VenJ i.s.m. vergunninghouders en NVK	Start oktober 2014
Verder uitwerken van huidige concept van medische en psychosociale verificatiepunten (als onderdeel van pilot)	Ministerie van VenJ i.s.m. vergunninghouders en NVK	Start oktober 2014
Zorgen voor een meldpunt voor ketenpartners, waarin twijfels over (aspirant-)ouders kunnen worden gemeld.	Raad voor de Kinderbescherming	November 2014
Regie op voortgang en proces	Ministeries van VWS en VenJ, VNG	

2 De evaluatiefase: het eerste jaar na aankomst

De evaluatiefase heeft betrekking op het eerste jaar na aankomst van adoptiekinderen in Nederland. Die periode blijkt cruciaal, omdat dan een basis wordt gelegd voor de jaren erna. Het doel van de evaluatiefase ligt derhalve vooral op preventief vlak: door eventuele medische -, ontwikkelings- en opvoedingsrisico's snel in beeld te krijgen kan waar nodig tijdig hulp worden geboden. Op die manier zijn zwaardere problemen en zwaardere zorg op een later moment veelal te voorkomen. Bovendien is het de fase waarin adoptieouders in hun rol als opvoeder van een adoptiekind vaak wel een steuntje in de rug kunnen gebruiken. Door hen een goede start mee te geven worden zij in hun kracht gezet, ook op de langere termijn.
Dit hoofdstuk gaat in op de vraag hoe invulling te geven aan deze doelen in die eerste fase. Wat moet adoptiekinderen en -ouders het eerste jaar na aankomst vanuit preventief oogpunt worden geboden en wie zijn daarbij aan zet? Daarbij maken we onderscheid tussen de medische (2.1) en psychosociale evaluatie (2.2). Het hoofdstuk sluit weer af met een samenvattend overzicht van verantwoordelijkheden, taken en actie-/uitwerkingspunten.

2.1 De medische evaluatie: binnen 2 weken na aankomst

Uit onderzoek[12] blijkt dat 75 procent van alle adoptiekinderen bij medisch onderzoek in Nederland kort na aankomst een of meerdere aandoeningen heeft, die meestal goed behandelbaar zijn. 80 procent van de gevonden aandoeningen (variërend van lichte tot zware) zou zonder aanvullend onderzoek niet zijn opgespoord. Alle reden dus om kort na aankomst van een adoptiekind in Nederland – bij voorkeur binnen 2 weken – standaard een medische evaluatie uit te voeren.
Omdat het om specifieke expertise vraagt en klinisch (laboratorium-, bloed- en/of radiologisch) onderzoek vaak geboden is, is de kinderarts de aangewezen professional voor de medische evaluatie. De voorkeur gaat uit naar een kinderarts met adoptie-ervaring (zie bijlage 2), maar voor adoptieouders kan ook laagdrempeligheid en bereikbaarheid een rol spelen.
Alle kinderartsen (dienen te) werken volgens de richtlijn 'Onderzoek bij buitenlandse adoptiekinderen' van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK): zie bijlage 3.

Voorbeelden

Een aanvullend onderzoek bij een jongen van 5 jaar uit India brengt tuberculose van de weivliezen aan het licht. Daarnaast blijkt er sprake van syfilis, een worminfectie en angstproblematiek. De tuberculose, syfilis en worminfectie – ziekten die zonder hulponderzoek niet zouden zijn vastgesteld – worden succesvol behandeld. Voor de angst wordt het gezin verwezen naar een adoptiedeskundige, die met succes Video Interactie Begeleiding (VIB) inzet.

Tijdens de medische evaluatie blijkt een 1 jaar oud Colombiaans jongetje (geen 'special need') een fors hartgeruis te hebben, dat tot dan toe niet ontdekt was. Aanvullend onderzoek wijst uit dat het een ingewikkelde hartafwijking betreft, waarvoor operatief ingrijpen noodzakelijk is. Daarnaast komt aan het licht dat het jongetje paratyfusdrager is en een erfelijke vorm van bloedarmoede heeft.

Noot 12 Hoogenboom, L.A., De Weerd, C.F.M.M., Tjon A Ten, W.E., Mulder, J.C. & Pelleboer, R.A.A. (2013). Trends bij oriënterend medisch onderzoek van buitenlandse adoptiekinderen. *Tijdschrift Kindergeneeskunde, 81*(2), 31-37.

Geen dwang maar drang

De medische evaluatie van adoptiekinderen kan niet verplicht worden opgelegd, omdat hier geen wettelijke grondslag voor is. Het is daarom zaak om adoptieouders dringend te adviseren een medische evaluatie uit te laten voeren. Geen dwang dus, maar drang. Door van begin af aan en van verschillende kanten het belang ervan te benadrukken verwordt het tot een min of meer vanzelfsprekend onderdeel van de procedure. De kracht zit hierbij in de herhaling van de boodschap: zowel de Stichting Adoptievoorzieningen (tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten), de vergunninghouders, de jeugdgezondheidszorg (die alle adoptiekinderen en -ouders kort na de aankomst ziet[13]) als de huisarts (vaak een belangrijk aanspreekpunt voor het gezin) kunnen op meerdere momenten de medische evaluatie benoemen en aanbevelen.

Overigens laat de praktijk zien, dat veel adoptieouders hun -kind ook nu al medisch laten onderzoeken kort na aankomst in Nederland. De medische evaluatie is niet opgenomen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (ZVW), maar maakt wel deel uit van verschillende aanvullende zorgpakketten. De Stichting Adoptievoorzieningen (ten tijde van de voorlichting) en de vergunninghouders (ten tijde van de bemiddelingsprocedure) kunnen aspirant adoptieouders hierop wijzen.

Indien er geen medische zorg of evaluatie wordt ingezet waar dit wel noodzakelijk is, is dat reden voor de jeugdgezondheidszorg en/of huisarts om in gesprek met adoptieouders te gaan. Het streven daarbij is om de noodzaak van de medische zorg of evaluatie duidelijk te krijgen en hen te overtuigen mee te werken. Indien ouders noodzakelijk geachte medische zorg blijven weigeren kan dat uiteindelijk reden zijn voor de jeugdgezondheidszorg of huisarts om de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling[14] in werking te stellen. Dit geldt overigens voor alle partijen die in contact met (adoptie)gezinnen een 'niet pluis'-gevoel bekruipt.

Creëren van een 'medische lus': terugkoppelen van evaluatiegegevens

Ten behoeve van de medische evaluatie verzoeken kinderartsen adoptieouders in de regel om alle beschikbare dossierinformatie (het duidingsformat) over hun adoptiekind mee te nemen. Dit vormt het vertrekpunt voor de medische evaluatie.
Tevens maakt dit een zogeheten 'medische lus' mogelijk: een koppeling tussen de evaluatie- en duidingsgegevens. Indien met enige regelmaat tijdens het medisch onderzoek blijkt dat in het medisch dossier (duiding) belangrijke zaken ontbreken of niet zijn onderkend, is het belangrijk om dat terug te koppelen, zowel naar de vergunninghouders als de Centrale Autoriteit. Daar valt dan immers lering uit te trekken. Zo kan het aanleiding vormen voor aanpassingen in de duidingsfase. Die terugkoppeling dient plaats te vinden op geaggregeerd niveau (niet herleidbaar tot een individueel dossier), omdat het privacy-gevoelige informatie betreft. De groep in adoptie gespecialiseerde kinderartsen is hierbij aan zet: binnen deze groep kan periodieke afstemming en analyse plaatsvinden, zowel ten aanzien van de duiding als de evaluatie. Doel is om de resultaten van deze analyse tenminste eens per jaar terug te koppelen naar de vergunninghouders en Centrale Autoriteit.

Noot 13 Adoptieouders krijgen direct na aankomst van hun kind in Nederland een oproep van de JGZ, die hierover geïnformeerd wordt vanuit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). Tijdens dat consult kan de jeugdarts zo nodig afspraken maken over een aangepast consultatieschema, bijvoorbeeld als er twijfels zijn over de ontwikkeling.

Noot 14 Het steunpunt Huiselijk geweld en het AMK gaan per 1 januari 2015 verder onder de naam *Veilig Thuis*.

2.2 Oudercursus en thuisconsultatie of ondersteuning op maat: het eerste jaar na aankomst

Adoptieouders staan in de opvoeding voor specifieke vragen en uitdagingen. Kinderen, die zijn afgestaan en geadopteerd, hebben vaak specifieke behoeften. Veelal hebben ze in de eerste jaren van hun leven onvoldoende basisveiligheid en basisvertrouwen ervaren. Tevens is er vaak sprake van onverwerkte trauma's. Dat kan in veel gevallen worden hersteld, maar vraagt tijd en soms specifieke opvoedvaardigheden. Wanneer ouders bij de start van adoptie worden geconfronteerd met – soms forse – ontwikkelingsproblemen, voelen ze zich snel onzeker, onmachtig en kwetsbaar. Adoptieouders, die oog hebben voor de behoeften van hun kind en er adequaat op reageren, kunnen het kind helpen vertrouwen te krijgen in zichzelf en in anderen. Hoe dan ook gaat het vormen van een gezin met elkaar minder vanzelfsprekend. Adoptieouders moeten beschikken over pedagogisch kapitaal om de specifieke opvoedings- en ontwikkelingsvragen van geadopteerde kinderen recht te doen. Daarbij is het op gang brengen en bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie in het gezin een belangrijke taak. Veilige gehechtheid vormt immers een stevige basis voor de sociaal-emotionele, cognitieve en fysieke ontwikkeling van het kind. [15]

In de voorlichtingsbijeenkomsten vooraf is hier ook aandacht voor, maar vaak zit er een aanzienlijke tijd tussen de voorlichting en het moment van plaatsen van een kind en is de informatie enigszins weggezakt. Bovendien is het in de praktijk van de eigen thuissituatie toch altijd weer anders. Om adoptieouders op weg te helpen en de ouder-kind relatie te evalueren wordt de adoptie-oudercursus 'Goede Start' in combinatie met een eenmalige thuisconsultatie aanbevolen. Op die manier ontstaat er meer evenwicht tussen de fase voorafgaand aan de adoptie en erna.
In specifieke individuele gevallen kan een ondersteuningsaanbod op maat voorkeur hebben, omdat op voorhand duidelijk is dat het reguliere nazorgaanbod niet volstaat of niet voorziet in de behoeften van de adoptieouders en het -kind.

In tegenstelling tot de medische evaluatie dient het psychosociaal nazorgaanbod meestal niet direct na aankomst plaats te vinden. Een periode van acclimatiseren en wennen is nodig om te kunnen ingaan op de vraag in hoeverre het lukt om met elkaar een gezin te vormen. Het moment van inschrijven kan variëren van enkele maanden tot maximaal een jaar na aankomst van het adoptiekind. Het tempo van het kind en de behoeften van adoptieouders zijn hierin maatgevend.
In de tussenliggende periode is het aan de vergunninghouders om proactief een vinger aan de pols te houden. Hoe vaak en op welke wijze zij contact onderhouden met adoptieouders over het proces van wennen en hechten hangt af van de situatie, signalen en behoeften, maar afspraken over een minimale contactfrequentie zijn geboden. De vergunninghouders gaan dit nog dit jaar in hun gezamenlijke beleid concretiseren.

Adoptie-oudercursus 'Goede Start'

Adoptieouders zitten vaak met veel vragen. De adoptie-oudercursus 'Goede Start' vormt een logisch vervolg op de voorlichtingsbijeenkomsten vooraf en is bedoeld om de specifieke opvoedvaardigheden van adoptieouders te versterken. In drie avonden worden zij beter toegerust op hun rol als opvoeder van een adoptiekind. De deelnemende adoptieouders krijgen informatie

Noot 15 Zie onder meer: ADOC (2006). *Groei, ontwikkeling en gezondheid van adoptiekinderen: wetenschappelijk onderzoek samengevat.* Leiden: Adoptie Driehoek Onderzoeks Centrum. En: Vinke, A.J.G. (1999). *Geschikt voor het adoptiefouderschap? De ontwikkeling en het gebruik van een taxatie-instrument voor gezinsfunctioneren met het oog op interlandelijke adoptie.* Delft: Eburon.

over het proces van wennen en hechten, de gevolgen van verwaarlozing en trauma, het verloop van rouwprocessen, identiteits- en loyaliteitskwesties. Tevens hebben zij de gelegenheid om vragen te stellen over zaken waar ze tegenaan lopen. Een deelnemer: *"Met de tips uit de cursus zijn we weer alerter geworden op de signalen die ons kind geeft. Maar het leert ons ook alert te blijven op de signalen die we zelf uitzenden."*

De oudercursus biedt adoptieouders tevens de gelegenheid om onderling ervaringen uit te wisselen. Dergelijk lotgenotencontact blijkt belangrijk. Het biedt adoptieouders de mogelijkheid hun zorgen en specifieke opvoedingsuitdagingen te bespreken en vermindert een gevoel van geïsoleerdheid. Daarmee draagt het bij aan het normaliseren van problemen die adoptiegezinnen kunnen ervaren.[16]

Overigens zijn er, naast de oudercursus 'Goede Start', nog diverse andere mogelijkheden voor adoptieouders om informatie in te winnen en uit wisselen.[17]

Eenmalige thuisconsultatie: laagdrempelige signalering en advies op maat

Waar de cursus 'Goede Start' zich richt op adoptieouders, is de thuisconsultatie bedoeld om zicht te krijgen op de interactie tussen ouder en kind. Bovendien biedt het adoptieouders de kans om in een veilige omgeving specifieke vragen en twijfels te bespreken. Het is een vorm van laagdrempelige signalering, waarbij een adoptiedeskundige de interactie observeert en de specifieke thuissituatie bespreekt. Op die manier komen eventuele ontwikkelingsachterstanden en gezinsproblematiek tijdig in beeld en kan adoptieouders handvatten worden aangereikt. Een advies op maat dus. De thuisconsultatie is eenmalig. Zo nodig adviseert de hulpverlener, die de thuisconsultatie uitvoert (zie verder), adoptieouders om een uitgebreidere vorm van procesdiagnostiek in te zetten of een intensiever begeleidingstraject.

Ten behoeve van de objectiviteit en vergelijkbaarheid strekt het tot aanbeveling om na te gaan en uit te testen of het mogelijk is en meerwaarde heeft om een of meer genormeerde en valide screeningsinstrumenten[18] als hulpmiddel bij de thuisconsultatie in te zetten.[19]

Noot 16 Bronnen: Brooks, D., Allen, J., and Barth, R. P. (2002). Adoption services use, helpfulness, and need: A comparison of public and private agency and independent adoptive families. *Children and Youth Services Review*, *24,* 213–238. En: Ryan, S., Nelson, N., & Siebert, C. F. (2009). Examining the facilitators and barriers faced by adoptive professionals delivering post-placement services. *Children and Youth Services Review, 31, 584-593.*

Noot 17 Zo organiseren vergunninghouders en ook adoptieouderverenigingen diverse regiobijeenkomsten voor adoptieouders. Daarnaast zijn er tal van online fora (yahoogroups en facebookgroepen), die praktische informatie bieden en ervaringsuitwisseling tussen adoptieouders stimuleren en faciliteren.

Noot 18 In dit verband valt te denken aan:
1. Attachment Insecurity Screening Inventory van Basic Trust (AISI: geeft inzicht in de drie gehechtheidscategorieën en heeft versies voor 0-1 jaar, 2-5 jaar en 6-12 jaar);
2. Opvoedingsbelastingsvragenlijst (OBVL: geeft een beeld van de mate waarin adoptieouders de opvoeding als stressvol ervaren);
3. Gezinsvragenlijst (GVL: meet de kwaliteit van de gezins- en opvoedingsomstandigheden).

Noot 19 Enerzijds kan dit de eenduidigheid en zorgvuldigheid ten goede komen, anderzijds is het de vraag of de opzet, duur en het moment van de thuisconsultatie zich hier wel voor lenen. De thuisconsultatie richt zich nu op items als de voorgeschiedenis (aantal overplaatsingen, hechtingservaringen), de eerste ontmoeting en het verloop van de periode van wennen en hechten in het gezin. Ouders formuleren als start hun eigen (hulp)vragen (activerende hulpverlening). De 2 uur durende consultatie laat op dit moment geen ruimte voor extra onderdelen en ook de interpretatie van testgegevens vergt extra tijd. Bovendien vindt de thuisconsultatie plaats in een periode waarin kind en gezin in een groeifase zitten. Dat betekent dat testgegevens met veel voorzichtigheid moeten worden beschouwd en scores van (pas) geadopteerden niet zonder meer kunnen worden afgezet tegen de normgroep. Alvorens eventueel tot brede implementatie van genormeerde vragenlijsten over te gaan, is het derhalve goed om eerst de voor- en nadelen te onderzoeken en tegen elkaar af te zetten.

Ondersteuning op maat door Stichting Adoptievoorzieningen, Basic Trust of andere adoptiespecifieke hulpverleners

Aangezien de adoptie-oudercursus en de thuisconsultatie een logisch vervolg vormen op de voorlichtingsbijeenkomsten voorafgaand aan de adoptie is de Stichting Adoptievoorzieningen (SAV), die ook de voorlichting aanbiedt, de eerst aangewezen partij voor het verzorgen van dit psychosociaal nazorgaanbod. Hierin speelt tevens mee dat dit nazorgaanbod primair een preventief doel heeft.

In specifieke individuele gevallen heeft een ondersteuningstraject op maat voorkeur. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als er sprake is van de adoptie van een tribling of als het het tweede of derde adoptiekind betreft. Adoptieouders hebben de vrijheid om zich voor de preventieve nazorg op maat te wenden tot een hulpverlener naar keuze. Ook als preventieve nazorg alleen niet volstaat en curatieve hulp in de vorm van procesdiagnostiek of een intensiever begeleidingstraject geboden is, kunnen adoptieouders zich wenden tot een adoptiehulpverlener naar keuze. [20] Wanneer ouders een indicatie hebben voor gespecialiseerde, curatieve zorg, wordt deze vergoed; de omvang van de zorg is afhankelijk van de verzekeraar en het verzekeringspakket.

Met elkaar bieden de in adoptie gespecialiseerde hulpverleners tal van nazorgmogelijkheden, variërend van internetsessies als een gezin nog in het land van herkomst is, een of enkele telefonische of emailcontacten tot video-opnamen met terugkijksessies. Steeds vaker ook maken adoptieouders de keuze voor preventieve schoolconsultatie, omdat de stijgende leeftijd van de adoptiekinderen maakt dat zij al relatief kort na aankomst in Nederland moeten wennen en hechten op school.

Psychosociale nazorg als regulier onderdeel van de adoptieprocedure

De intentie is om per 1 januari 2015 te starten met het breed invoeren van de adoptie-oudercursus Goede Start, de eenmalige thuisconsultatie en de ondersteuning op maat. 2015 geldt als opstartjaar, waarin de wijzigingen geleidelijk hun beslag moeten krijgen. Vanaf 2016 dienen de wijzigingen volledig te zijn doorgevoerd en is het vizier gericht op in principe alle nieuwe adoptiekinderen.

Net als voor de medische consultatie geldt echter ook voor de psychosociale nazorg dat adoptieouders niet tot afname zijn te verplichten. Ze kunnen er wel naar worden toe geleid door het van begin af aan te presenteren als regulier onderdeel van de adoptieprocedure en het direct te verbinden aan de voorlichting vooraf.

Met het oog op sturing neemt de SAV – die alle adoptieouders registreert – telefonisch contact op met adoptieouders, die een half jaar na plaatsing nog geen gehoor hebben gegeven aan het dringende advies om zich aan te melden voor de oudercursus of het consultatiegesprek. Daaruit kan blijken dat deze ouders hier een goede reden voor hebben of dat zij reeds preventieve ondersteuning bij een andere hulpverleningsorganisatie hebben gezocht. Maar als het telefonisch contact een ‘niet pluis’-gevoel oplevert is dat reden om direct in overleg te treden met de betreffende vergunninghouder en samen met hen te bepalen welke actie nog valt in te zetten.

Indien ouders noodzakelijk geachte psychosociale nazorg blijven weigeren kan dat in het uiterste geval reden zijn om de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling[21] in werking te stellen.

Noot 20 De Stichting Adoptievoorzieningen (SAV) beheert een adoptiespecifieke sociale kaart. Ouders kunnen desgewenst bij de SAV terecht voor een verwijzing naar een passende hulpverlener .

Noot 21 Het steunpunt Huiselijk geweld en het AMK gaan per 1 januari 2015 verder onder de naam *Veilig Thuis*.

2.3 Samenvattend: verantwoordelijkheden, taken en actiepunten

Onderstaand volgt een opsomming van de verantwoordelijkheden en reguliere taken van de belangrijkste spelers in de evaluatiefase.

De (in adoptie gespecialiseerde) kinderartsen:

- Uitvoeren van medische evaluatie van adoptiekinderen met als streven binnen 2 weken na aankomst; medische evaluatie volgens de NVK-richtlijnen (protocol).
- Informeren van huisarts en meestal ook jeugdarts, eventueel via ouders (kopie brief).
- Groep van in adoptie gespecialiseerde kinderartsen NVK: analyse van beschikbare duidingsinformatie vooraf in relatie tot uitkomsten medische evaluatie ('medische lus'). Terugkoppeling op geaggregeerd niveau aan vergunninghouders en Centrale Autoriteit. Zo nodig aanpassing van duidings- en/of evaluatieformat.

Stichting Adoptievoorzieningen:

- De noodzaak en meerwaarde van de medische evaluatie en het psychosociaal nazorgaanbod al benoemen tijdens de voorlichting; tevens ouders aanraden om hun zorgpakket te checken.
- Aanbieden van themabijeenkomsten in periode van einde voorlichting tot aankomst kinderen.
- Aanbieden van de adoptie-oudercursus 'Goede Start' en een thuisconsultatie aan in principe alle nieuwe adoptieouders; aanmelden binnen een jaar na aankomst.
- Adoptieouders wijzen op de mogelijkheden voor een preventief en curatief nazorgaanbod op maat, door de SAV of door andere adoptiespecifieke hulpverleners. Keuze is aan adoptieouders.
- Telefonisch contacten van adoptieouders, die zich niet melden voor het psychosociaal nazorgaanbod.
- Adoptieouders wijzen op adoptieouderverenigingen en digitale lotgenotencontacten, die mogelijkheden bieden voor ervaringsuitwisseling.

Basic Trust en andere adoptiespecifieke hulpverleners:

- Verzorgen van preventief psychosociaal nazorgaanbod op maat (indien adoptieouders daar voorkeur aan geven boven de 'standaard' thuisconsultatie van de SAV).
- Bieden van curatieve psychosociale nazorg (procesdiagnostiek en/of intensieve begeleiding) indien alleen preventieve nazorg niet volstaat (niet door de SAV).

De vergunninghouders:

- Adoptieouders dringend adviseren een medische en psychosociale evaluatie uit te laten voeren; tevens ouders aanraden om hun zorgpakket hierop te checken.
- Vinger aan de pols houden bij adoptiegezinnen in de periode tussen aankomst en thuisconsultatie.

Jeugdgezondheidszorg en huisarts:

- Navragen bij adoptieouders of ze een medische evaluatie (hebben) laten uitvoeren (en bij wie en wanneer).
- Navragen bij adoptieouders of ze gebruik maken of hebben gemaakt van het psychosociaal nazorgaanbod (cursus Goede Start, thuisconsultatie of ondersteuning op maat).
- Indien een medische en/of psychosociale evaluatie niet heeft plaatsgevonden: advisering en begeleiding naar het bestaande aanbod van nazorg.
- Aandachtspunt voor het eerste contactmoment van adoptiekinderen met de jeugdgezondheidszorg is dat adoptiekinderen mogelijk geen hielprik, NGS (gehoortest) en oogmeting hebben gehad.

Actie- en uitwerkingspunten

Actie	Verantwoordelijk	Planning
Onderzoeken of het mogelijk is meer spreiding aan te brengen in de 6 voorlichtingsbijeenkomsten vooraf ten behoeve van een meer geleidelijke overgang tussen voorlichting, adoptie en nazorg.	SAV en V&J	2e helft 2014
Nadere concretisering van het aantal contactmomenten met adoptieouders in het eerste jaar na aankomst	Vergunninghouders	2e helft 2014
Onderzoeken/uittesten of inzet van genormeerde vragenlijsten, zoals de AISI, OBVL en GVL, meerwaarde heeft bij de thuisconsultatie.	SAV	2015
Uitwerken van brede invoer van preventief psychosociaal nazorgaanbod ten behoeve van start per 1 januari 2015.	Ministeries van VenJ en VWS i.s.m. SAV	oktober 2014
Regie op voortgang en proces	Ministeries van VWS en VenJ	

3 De nazorgfase: vinger aan de pols op de langere termijn

Ondanks een moeilijke start (verwaarlozing, ondervoeding, verbroken hechting e.d.) gaat het met de meeste geadopteerden goed. Zij hebben een even goed zelfbeeld als niet-geadopteerden[22]. In die zin kan worden geconcludeerd dat adoptie een positieve interventie is en dat opgroeien in een gezinsomgeving de ontwikkeling van kinderen bespoedigt.[23] Wel maken geadopteerden vaker gebruik van hulpvoorzieningen.[24] Ondersteuning in de eerste jaren en tienerjaren blijken een positieve bijdrage te leveren.[25]

Door adoptiegezinnen in het eerste jaar na aankomst van het adoptiekind een goede start te geven (zie hoofdstuk 2) kunnen veel problemen worden voorkomen. Bovendien maakt het adoptieouders alerter: adoptie gerelateerde problemen zullen zij eerder herkennen en ze zullen er ook sneller voor aan de bel trekken. Vandaar dus dat het eerste jaar na aankomst zo cruciaal is.

Dat neemt niet weg dat het ook de fase erna belangrijk blijft om een vinger aan de pols te houden. Het ene adoptiekind is het andere niet en datzelfde geldt voor adoptieouders. In verschillende levensfases kan het geadopteerd en afgestaan zijn tot vragen en twijfels leiden. Aandacht voor copingvaardigheden bij tegenslagen in het leven en in stressvolle situaties blijkt een terugkerend thema in verschillende levensfasen van geadopteerden.[26] In de basisschoolleeftijd kan de basisveiligheid en het vertrouwen in zichzelf en anderen in het geding zijn. En in de puberteit kunnen onder meer vragen rond zelfbeeld en identiteit aan de oppervlakte komen. Maar ook bijvoorbeeld de fase van de jong volwassenheid – als er relaties in het spel komen – en de fase waarin de geadopteerde zelf kinderen krijgt kunnen existentiële vragen met zich meebrengen. Elk adoptiekind en ook elke adoptieouder ervaart dit anders.

Het blijft dus belangrijk dat risico's en problemen, die zich voordoen binnen adoptiegezinnen en bij geadopteerden, tijdig worden onderkend en aangepakt en dat er voldoende goede adoptiespecifieke deskundigheid beschikbaar is. De uitdaging daarbij is om niet te veel drempels op te werpen. Adoptiekinderen en -ouders willen vooral een zo normaal mogelijk gezin met elkaar vormen en moeten daar ook de kans voor krijgen. De centrale vraag, die in dit hoofdstuk voorligt, luidt derhalve: hoe kan er zicht blijven op geadopteerden en hun gezinnen, zonder te betuttelen? En welke partijen zijn hierbij aan zet?

Noot 22 Juffer, F. en IJzendoorn, R. van (2007). Adoptees do not lack self-esteem: A meta-analysis of studies on self-esteem of transracial, international, and domestic adoptees. *Psychological Bulletin, 133*, 1067-1083.
Noot 23 Schoenmaker, C. (2014). *From Infancy to Young Adulthood: The Leiden Longitudinal Adoption Study.* Leiden: Child and Family Studies, Institute of Education and Child Studies, Faculty of Social and Behavioural Sciences, Leiden University.
Noot 24 Juffer, F. en IJzendoorn, R. van (2005). Behavior Problems and Mental Health, Referrals of International Adoptees, A Meta-analysis, JAMA. *The Journal of the American Medical Association 2005, 293*(20), 2501-2515.
Noot 25 (Selwyn, J., Wijedasa, D en Meakings, S. (2014). *Beyond the Adoption Order: Challenges, interventions and adoption disruption. Research brief.* Bristol: Hadley Centre for Adoption and Foster Care Studies.
Noot 26 Bron: Brdozinsky, D. (1990). A stress and coping model of adoption adjustment. In: D. Brodzinsky & M. Schechter (Eds.), *The Psychology of Adoption* (pp. 3-24). New York: Oxford university Press.

3.1 Adoptiegezinnen gevolgd: adoptiealertheid in de directe omgeving van het adoptiegezin

Het is in de eerste plaats aan adoptieouders en/of geadopteerden zelf om aan de bel te trekken als zij problemen signaleren. Daarnaast vraagt het om alertheid bij de partijen die met een adoptiegezin of geadopteerde in contact staan. Denk aan huisarts, school, kinderopvang, Centrum voor Jeugd en Gezin, jeugdgezondheidszorg, wijkteams en (jeugd)hulpverleners.

De bestaande werkwijze van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) biedt een goede basis, zowel voor de medische als psychosociale 'vinger aan de pols'. In principe worden alle adoptiekinderen en - ouders hier immers periodiek gezien. Het sluit aan bij de signalerende rol die jeugdartsen hebben. 'Vanuit het normale' volgen zij de ontwikkeling van kinderen. Bovendien werkt de JGZ op veel plekken nauw samen met scholen.

De JGZ heeft een aantal vaststaande momenten, waarop alle kinderen/jeugdigen een oproep krijgen. Dat begint al bij de geboorte en bij adoptiekinderen direct bij aankomst in Nederland. De JGZ krijgt deze gegevens van de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). Tijdens de consulten wordt met ouders en/of jeugdige afgesproken of en wanneer er extra zorg mogelijk is. Waar nodig kan de jeugdarts derhalve een aangepast consultatieschema hanteren, bijvoorbeeld als er twijfels zijn over de ontwikkeling van een kind of wanneer kinderen al onder controle staan van een kinderarts (vaak het geval bij 'special needs').

De jeugdgezondheidszorg bereikt dus in principe alle adoptiekinderen en –gezinnen. Andersom vormen adoptiekinderen ook voor de jeugdgezondheidszorg een niet te onderschatten groep. Registratiecijfers van de Stichting Adoptievoorzieningen (SAV) en cijfers van het CBS maken duidelijk dat Nederland eind 2013 meer dan 50.000 geadopteerden telt, waarvan 16.557 adoptiekinderen tot 18 jaar. Op een totaal van circa 4 miljoen JGZ-klanten[27] betekent dit dat 1 op de 235 klanten van de JGZ een geadopteerde is.

Stichting Adoptievoorzieningen: voor alle (hulp)vragen van beroepskrachten over adoptie

Adoptiespecifieke kennis ontbreekt doorgaans binnen de jeugdgezondheidszorg. Specialistische expertise op dat vlak kan ook niet worden verwacht, want jeugdartsen zijn generalisten. Hetzelfde geldt voor andere beroepskrachten die adoptiekinderen en –ouders met enige regelmaat zien, zoals huisartsen en leerkrachten. Dat hoeft geen belemmering te zijn, mits zij bij twijfel of vragen laagdrempelig advies in kunnen winnen bij een adoptiespecialist.

Die mogelijkheid biedt de Stichting Adoptievoorzieningen (SAV). Niet alleen adoptieouders en geadopteerden zelf, maar ook jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, huisartsen, kinderartsen, hulpverleners, leerkrachten en andere beroepskrachten, die te maken hebben met (hulp)vragen van of rond adoptiegezinnen en geadopteerden, kunnen hier telefonisch of per email[28] terecht voor verwijsmogelijkheden, collegiale consultatie, deskundigheidsbevordering en scholing rond het thema gehechtheid.

Soms volstaat een kort advies, soms is meer nodig. De adoptiespecialisten van de Stichting Adoptievoorzieningen zijn de aangewezen professionals om in te schatten of nadere diagnostiek of behandeling nodig is en kunnen daarvoor verwijzen naar adoptiehulpverleners in de eigen regio: zo

Noot 27 Bron: websites Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland en Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg.
Noot 28 De SAV is voor beroepskrachten bereikbaar op (030) 233 03 40, keuze 3 (ma t/m do van 9.30 – 12.30). Het mailadres is consultatie@adoptie.nl.

licht als mogelijk en zo zwaar als nodig. De Stichting Adoptievoorzieningen (SAV) beheert en actualiseert een adoptiespecifieke sociale kaart, zowel voor adoptiekinderen (tot 18 jaar) en -gezinnen als voor volwassen geadopteerden. De deskundigen van de SAV beschikken over de informatie en expertise om een goede match te maken tussen hulpvraag en een passend vervolgaanbod. Daarmee heeft de SAV een belangrijke adviserende rol voor verwijzers: jeugdartsen, huisartsen en wijkteams hoeven niet zelf de gehele sociale kaart voor adoptie in beeld te hebben: de link naar de SAV is voldoende.

Adoptiespecifieke deskundigheid, zowel voor jeugdige als volwassen geadopteerden

Voor adequate hulpverlening is specifieke deskundigheid op het gebied van adoptie- en/of hechtingsproblematiek een vereiste. Dit geldt niet alleen voor jeugdige, maar ook voor volwassen geadopteerden. Van de circa 40.000 volwassen geadopteerden is bekend dat zij ten opzichte van niet-geadopteerden anderhalf tot bijna vier keer zo vaak psychiatrische stoornissen vertonen[29] en twee tot drie keer zo vaak psychosociale hulp inschakelen.[30]

Op de sociale kaart van de SAV staan diverse organisaties en hulpverleners, die zijn toegerust om adoptiekinderen[31] en hun -ouders met vaak specifieke en aan afstand/adoptie gerelateerde vragen op een vakkundige manier te begeleiden.[32] Het varieert van een landelijk opererende organisatie als Basic Trust, vrij gevestigde hulpverleners in de regio, tot breder georiënteerde psychologenpraktijken met adoptie als een van de specialismen. Deze hulpverleners maken gebruik van verschillende methodieken, die geschikt en effectief zijn gebleken bij hulpvragen rond adoptie. Daarbij gaat het onder meer om de Basic Trustmethode[33], Video Interactie Begeleiding (VIB)[34] en EMDR[35]. Zie hier voor een overzicht van enkele veel gebruikte hulpverleningsmethodieken in adoptiegezinnen en voor geadopteerden.

Uitwisseling van ervaringen

Tijdens een periode dat een geadopteerde intensiever met zijn of haar adoptie bezig is kan het uitwisselen van ervaringen en herkennen van elkaars situatie veel rust bieden. Ook het krijgen van informatie over de voorbereiding van een rootsreis en de praktische en emotionele aspecten, die dit met zich meebrengt, blijkt belangrijk voor veel geadopteerden. Dergelijke mogelijkheden voor ervaringsuitwisseling, die dus een preventief karakter hebben, worden geboden en gefaciliteerd

Noot 29 Bron: Tieman (2006). Psychiatric disorders in young adult intercountry adoptees: An epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry,* 162, p.p.592.
Noot 30 Bronnen: Dekker, M.C., Vinke, J.G., Meulen, G. ter en Juffer, F. (2011). *'Psychosociale uitkomsten van jongvolwassen binnenlands geadopteerden en hun adoptieouders'. Eindrapport ZonMw (Project 127000001).* Leiden: Adoptie Driehoek Onderzoeks Centrum. En: Vandivere, S. & McKlindon, A. (2010). The Well-Being of U.S. Children Adopted From Foster Care, Privately From the United States and Internationally. *The National Survey of Adoptive Parents: A New Data Resource. Special Issue, 13* (3-4), 157-184.
Noot 31 Zoals gezegd zijn ook specifieke hulpverleners voor volwassen geadopteerden opgenomen in de sociale kaart van de SAV.
Noot 32 De Stichting Interlandelijk Geadopteerden (SIG) beschikt over een eigen sociale kaart , met naast diverse zelforganisaties en landelijke adoptieorganisaties ook enkele adoptiespecifieke hulpverleners.
Noot 33 De Basic Trustmethode is een door de Databank Effectieve Interventies van het Nederlands Jeugdinstituut erkende interventie, gericht op veilige gehechtheid. In de methode wordt onder meer gebruik gemaakt van videofeedback.
Noot 34 Hierbij krijgen adoptieouders aan de hand van video-opnamen van het gezin concrete adviezen om de communicatie met hun kind te verbeteren, de sensitiviteit te vergroten en de stress van het kind beter te reguleren. Ouders leren goed naar de vaak tegenstrijdige signalen van hun kind te kijken en hun kind beter te begrijpen.
Noot 35 EMDR staat voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing en is een effectieve behandeling voor traumaverwerking.

door Stichting Interlandelijk Geadopteerden (SiG), United Adoptees International en andere organisaties voor geadopteerden. Tevens zijn er diverse digitale portals en tal van actieve adoptieouderverenigingen, die praktische informatie bieden en ervaringsuitwisseling tussen adoptieouders stimuleren en faciliteren.
Het is van belang om de deskundigheid en mogelijkheden van dergelijke zelforganisaties zo optimaal mogelijk te benutten en hun samenwerking met professionele organisaties in de adoptieketen waar mogelijk te bevorderen.

3.2 Bevorderen van adoptiealertheid en -basiskennis

De belangrijkste uitdaging van de ‘nazorgfase op de langere termijn’ is de adoptiealertheid van jeugdartsen, huisartsen, wijkteams, scholen en kinderopvangorganisaties te bevorderen. Als zij signalen van adoptiekinderen en volwassen geadopteerden oppikken en bij twijfel de Stichting Adoptievoorzieningen weten te vinden, is er al veel bereikt. Door eerste problemen vroegtijdig op te sporen en aan te pakken kunnen grotere problemen en kosten op een later moment worden voorkomen.
Dit vraagt om brede communicatie en implementatie: via websites van koepelorganisaties en beroepsverenigingen, op cursus- en congresdagen voor genoemde beroepsgroepen en in artikelen in vakbladen kan aandacht worden gevestigd op het onderwerp, zodat de alertheid wordt gevoed.

Basiskennis

Daarnaast is het natuurlijk zinvol als jeugdartsen, huisartsen, leerkrachten en andere beroepskrachten om het adoptiegezin en de geadopteerde heen over enige basiskennis met betrekking tot het thema adoptie beschikken, zodat ze in ieder geval weten op wat voor aspecten en signalen ze moeten letten. De belangrijkste basisinformatie wordt opgenomen in de eerder genoemde praktische handreiking, die naast voorliggend beleidsdocument wordt ontwikkeld. Deze handreiking biedt antwoord op vragen als:

- Wat is in zijn algemeenheid belangrijk in het ondersteunen van een adoptiekind?
- Wat zijn signalen van een onveilige hechting of gebrek aan basisvertrouwen?
- Welke vragen kun je stellen om meer zicht te krijgen op het verloop van de adoptie?
- Hoe kun een adoptiekind het beste begeleiden bij de start op school, kinderdagverblijf of buitenschoolse opvang?
- Hoe kun je de werkhouding en eventuele leerproblemen van een adoptiekind in de klas het beste aanpakken?

Via websites, congressen en vakbladen wordt de handreiking onder de aandacht gebracht van genoemde professionals en worden onderdelen ervan eruit gelicht.

3.3 Samenvattend: verantwoordelijkheden, taken en actiepunten

Onderstaand volgt een opsomming van de verantwoordelijkheden en reguliere taken van de belangrijkste spelers in de nazorgfase op de langere termijn.

Jeugdgezondheidszorg:

- Periodiek volgen van adoptiekinderen en –gezinnen, zowel op medisch als psychosociaal vlak: zoals bij alle kinderen het aanbod volgens het BasisTakenPakket (BTP) en RijksVaccinatieProgramma (RVP).
- Adoptiealertheid: signaleren van mogelijke risico's en problemen bij adoptiekinderen en –gezinnen.
- Ouders attent maken op het preventieve nazorgaanbod van SAV en zo nodig verwijzen.
- Bij twijfel of vragen: inwinnen van laagdrempelig advies en verwijsmogelijkheden bij de Stichting Adoptievoorzieningen.

Huisarts, wijkteam, school, kinderopvang:

- Adoptiealertheid: signaleren van mogelijke risico's en problemen bij adoptiekinderen, -gezinnen én volwassen geadopteerden.
- Bij twijfel of vragen: inwinnen van laagdrempelig advies en verwijsmogelijkheden bij de Stichting Adoptievoorzieningen.

Stichting Adoptievoorzieningen:

- Bieden van laagdrempelig, adoptiespecifiek advies aan geadopteerden, adoptieouders en beroepskrachten om het gezin heen.
- Zo nodig verwijzen[36] naar adoptiespecifieke hulpverleners in de regio voor nadere diagnostiek of behandeling op basis van een goede sociale adoptiekaart.
- Regelmatig actualiseren van de sociale adoptiekaart.
- Genereren en verspreiden van adoptiespecifieke kennis en aandacht voor de kwaliteit van adoptiespecifieke hulpverlening: in nauwe samenwerking met *Basic Trust*, *Universiteit Leiden* en ADOC.
- Bevorderen van adoptiealertheid en –basiskennis van jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, huisartsen, wijkteams, scholen, kinderopvangorganisaties en dergelijke, bijvoorbeeld door middel van bijdragen op cursusdagen en artikelen in vakbladen: in samenwerking met koepelorganisaties en beroepsverenigingen als de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Beroepsgroep voor Begeleiders in het Onderwijs (LBBO).
- Geadopteerden en adoptieouders wijzen op het bestaan en de mogelijkheden van organisaties voor geadopteerden en adoptieouderverenigingen.

Adoptiespecifieke hulpverleners

- Bieden van kwalitatief goede diagnostiek, begeleiding en behandeling aan adoptiekinderen, adoptieouders en/of volwassen geadopteerden.

Zelforganisaties voor geadopteerden en adoptieouders

- Mogelijkheden bieden voor ervaringsuitwisseling.

Noot 36 Formeel kan de SAV niet verwijzen, maar dient dit via huisarts of straks wijkteams te verlopen. Op basis van haar sociale kaart kan de SAV echter wel attenderen.

Actie- en uitwerkingspunten

Actie	Verantwoordelijk	Planning
Lanceren van praktische handreiking adoptienazorg voor JGZ, huisartsen, wijkteams, kinderopvang, scholen en andere professionals, die af en toe met adoptie te maken hebben. Mogelijk via congres.	Ministerie van VWS	Eind 2014 / begin 2015
Verspreiden van handreiking onder professionals via beroepsverenigingen/koepelorganisaties en website Nederlands Jeugd Instituut (dossier Adoptiegezin).	AJN, NHG, LBBO, Jeugdzorg Nederland, GGZ Nederland e.a.	Oktober – december 2014
Ontwikkeling implementatieplan ter bevordering van adoptiealertheid binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ).	Artsen JGZ Nederland (AJN) i.s.m. V&VN fractie jeugd (jeugdverpleegkundigen).	Oktober 2014 ontwikkeling implementatieplan; Januari 2015 uitvoering geven aan implementatieplan
Onderzoeken van mogelijkheid om een adoptiemelding op te nemen en te registreren in digitaal dossier JGZ.	AJN i.s.m. NCJ (Nederlands Centrum JGZ)	Oktober 2014; bij positieve uitkomst streven naar start 1 januari 2015
Ontwikkeling implementatieplan ter bevordering van adoptiealertheid onder huisartsen.	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) i.s.m. NVK	Oktober 2014 ontwikkeling implementatieplan; Januari 2014 uitvoering.
Ontwikkeling implementatieplan ter bevordering van adoptiealertheid binnen het onderwijs.	Landelijke Beroepsgroep voor Begeleiders in het Onderwijs LBBO i.s.m. SAV.	Oktober 2014 ontwikkeling implementatieplan; Januari 2014 uitvoering.
Ontwikkeling implementatieplan ter bevordering van adoptiealertheid onder reguliere jeugdhulpverleners.	Jeugdzorg Nederland en GGZ Nederland i.s.m. SAV	Oktober 2014 ontwikkeling implementatieplan; Januari 2014 uitvoering.
Ontwikkeling implementatieplan ter bevordering van adoptiealertheid bij jeugdteams.	SAV i.s.m. VNG.	Oktober 2014 ontwikkeling implementatieplan; Januari 2014 uitvoering.
Regie op voortgang en proces	Ministerie van VWS (en VenJ).	

Bijlagen

B1 Betrokken partijen

Direct betrokkenen

- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland – Ellen van Hoorn
- Basic Trust – Nelleke Polderman
- Ministerie van Veiligheid en Justitie – Joël van Andel en Jan Vroomans
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – Anne-Marie Willemsen en Paul Crombeen
- Nederlandse Adoptie Stichting – Arnold Schouten
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde – Rolf Pelleboer en Marina Keessen
- Samenwerkende vergunninghouders – Arnold Schouten (Nederlandse Adoptie Stichting) en Patricia van der Burgt (Adoptiestichting A New Way)
- Stichting Adoptievoorzieningen – Peter Benders en Marion van Olst
- Stichting Interlandelijk Geadopteerden – Jurrijn Tack en Barbara Hernandez Garcia-Brak

Tevens hebben de volgende mensen en partijen inhoudelijke input geleverd

- Adoptieouderverenigingen: Adoptie Ouders Overleg (AOO), Adoptievereniging Gereformeerde gezindte (AVGG), Landelijke Oudervereniging Gezinsproblematiek Adoptie (LOGA), Landelijke Vereniging Adoptieouders (LAVA), Rode Draad, Vereniging Protea
- Auntie – Jan Willem van Empel
- Gezamenlijke overleggroep van vergunninghouders
- Inspectie Jeugdzorg – Marceline de Waard en Mascha Scharloo
- Ministerie van VWS – Jaap van den Berg
- Raad voor de Kinderbescherming – Juul Polders en Janina Buijsse
- United Adoptees International – Hilbrand Westra
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten – Geert Schipaanboord en Nicolette Oud.

B2 Overzicht kinderartsen in Nederland met ervaring op het gebied van buitenlandse adoptie (juni 2014)

Almelo	Mw. D. van Bommel-Slee, Ziekenhuisgroep Twente, locatie Almelo
Amsterdam:	Mw. M. Keessen, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
Amsterdam:	Hr. D. Klink, kinderendocrinoloog VU Medisch Centrum
Apeldoorn:	Hr. D.J. Pot, Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn
Arnhem:	Mw A. Baauw, Rijnstate Ziekenhuis
Breda:	Mw. E. Veldkamp, Amphia Ziekenhuis
Boxmeer:	Hr. H.Haanstra, Maasziekenhuis Pantein
Den Haag:	Hr. A. van Meurs, Juliana Kinderziekenhuis
Doetinchem:	Mw. H. Friesen, Slingeland Ziekenhuis
Eindhoven:	Mw C. Miedema, Catharina Ziekenhuis
Groningen:	Mw. L. Tanja-Niestijl, Martini Ziekenhuis
Hardenberg:	Mw. I. Fagel, Saxenburgh Groep, Röpcke-Zweers Ziekenhuis
’s-Hertogenbosch:	Hr. J. de Witte, Jeroen Bosch ziekenhuis
Leeuwarden	Hr. R. Boontje, Medisch Centrum Leeuwarden
Nieuwegein:	Mw. J. Heidema, St. Antonius Ziekenhuis
Rotterdam:	Hr. G.J. Driessen, Sophia Kinderziekenhuis
Sittard:	Mw. M. McGregor-Schuerman,Orbis Medisch Centrum
Tilburg:	Hr. C. Obihara, St. Elisabeth Ziekenhuis
Utrecht:	Mw. S. Geelen, Wilhelmina Kinderziekenhuis
Veldhoven:	Hr. W. Tjon A Ten, Máxima Medisch Centrum Veldhoven
Woerden:	Hr. W. Verwijs, Zuwe Hofpoort Ziekenhuis
Zoetermeer:	Mw. J. Punt, Lange Land Ziekenhuis
Zoetermeer:	Mw. R. van Ommen-Koolmees, Lange Land Ziekenhuis

B3 NVK-richtlijn ‘Onderzoek bij buitenlandse adoptiekinderen’ (juni 2014)

Anamnese
• Personalia; land van herkomst; datum van aankomst in Nederland; adoptievereniging
• Duur verblijf in kindertehuis en/of vervangend pleeggezin
• Reis naar Nederland: via escorte of door ouders zelf
• Indruk van ouders over gebied waar kind vandaan komt, het tehuis, gezondheid en ontwikkeling van het kind
• Klachten of ziekten gedurende de reis
• Samenstelling van het adoptiegezin
• Evaluatie van meegebrachte geboortegegevens, medische gegevens en inentingsstatus
• Klopt de geboortedatum?
• “Special needs” – kind?
• Voeding

Lichamelijk onderzoek
• Lengte, gewicht, schedelomtrek en eventueel bovenarmomtrek
• Dentitie
• Inspectie van de huid (BCG litteken, scabiës, mycose; mongolenvlekken) en haren (luis)
• Afwijkingen op keel-,neus- en oorgebied (gehoor), lymfadenopathie
• Oogafwijkingen en gezichtsvermogen
• Longafwijkingen
• Hepatosplenomegalie
• Psychomotorische ontwikkeling
• Tekenen van ondervoeding, traumata of misbruik/aanwijzingen voor FAS (foetaal alcoholsyndroom)

Aanvullend onderzoek
• Hematologie: bezinking en/of CRP, Hb en hematocriet, rodecelindices, leukocytengetal en differentiatie, eosinofielengetal; evt reticulocytenpromillage; evt. Hb-analyse
• Chemie: serumwaarden voor calcium, fosfaat, alkalische fosfatase, aminotransferasen, -γ glutamyltransferase, albumine; eventueel kreatinine (bij kinderen uit China altijd kreat.)
• Serologisch onderzoek naar hepatitis B-virus (met antistoffen) en hepatitis C-virus, Treponema pallidum, HIV; screening MRSA (bij voorkeur vóór de eerste keer op poli)
• Urineonderzoek: eiwit, glucose, sediment (en bij kinderen uit China ook kristallen)
• Fecesonderzoek: kweek op Salmonella, Shigella, Campylobacter en bij diarree Yersinia en enteropathogene Escherischia coli, onderzoek naar wormeieren en cysten (3x; evt. PCR) en eventueel rotavirus
• Rö-onderzoek van thorax (verplicht voor GGD; bij aanwezigheid van BCG-litteken, anders Mantoux) en eventueel handwortelskelet
• Diversen: bij kinderen jonger dan 1 jaar screening op congenitale hypothyreoïdie en fenylketonurie (tot leeftijd van ½ jaar hielprik op CB); specifiek onderzoek naar geografische pathologie.
• Antistoffen tegen tetanus, difterie en polio (indien twijfel aan meegebrachte papieren; altijd bij kinderen uit China) of: snel volledig vaccineren
• Bij kinderen uit China echo nieren en blaas overwegen
• Eventueel screenen op malaria
• Eventueel screening op gehoor (als kind < 6 weken: op CB; > 6 weken: op indicatie bij audiologisch centrum)
• Eventueel screening op gezichtsvermogen

Verder onderzoek
Afhankelijk van symptomen, bevindingen en land of regio van herkomst.

B4 Spelers in het adoptieveld: overzicht van taken en verantwoordelijkheden op hoofdlijnen

Stakeholder	Taken en verantwoordelijkheden
Ministerie van Veiligheid en Justitie (met Centrale autoriteit internationale kinderaangelegenheden)	Zorgdragen voor en toezien op zorgvuldige uitvoering van gehele adoptieprocedure. Toekennen en verlengen van beginseltoestemming. Procedureel en inhoudelijk toetsen van matchingsvoorstellen.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Zorgdragen voor en toezien op toereikend nazorgaanbod voor adoptie.
Gemeenten en Vereniging van Nederlandse Gemeenten	Organiseren en financieren van alle jeugdhulp, inclusief adoptienazorg (vanaf 2015).
Raad voor de Kinderbescherming	Uitvoeren gezinsonderzoek, opstellen gezinsrapport. Adviseren over het verstrekken van beginseltoestemming. Nadere toetsing/aanvullend onderzoek/extra ondersteuning indien nodig.
Vergunninghouders interlandelijke adoptie	Bemiddelen tussen aspirant adoptieouders en de landen van herkomst. Komen tot of beoordelen van een goede match tussen adoptiekind en –ouder(s). Begeleiden en informeren van aspirant adoptieouders tot en met fase van plaatsing. Bieden van eerste nazorg (vinger aan de pols) aan adoptieouders na aankomst van -kind. Signaleren en verwijzen naar Stichting Adoptievoorzieningen bij preventieve vragen.
Stichting Adoptievoorzieningen	Registratie van aanvragen voor beginseltoestemming (gedelegeerd door ministerie van VenJ). Verzorgen verplichte voorlichting voor aspirant-adoptieouders. Bieden van preventieve nazorg/hulpverlening en opvoedingsondersteuning aan adoptiegezinnen, geadopteerden en professionals. Consultatie, deskundigheidsbevordering en het bevorderen van adoptiealertheid in andere sectoren (onderwijs, JGZ, kinderopvang, enz.). Beheren van adoptiespecifieke sociale kaart en verwijzen naar specialistische adoptiehulp.
Adoptiespecifieke hulpverleners	Bieden van procesdiagnostiek, behandeling en begeleiding aan adoptiekinderen, adoptieouders en volwassen geadopteerden.
Kinderartsen (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde)	Medisch duiden van kinddossiers (op verzoek vergunninghouder). Uitvoeren van medische evaluatie (check) van adoptiekinderen kort na aankomst in Nederland (op verzoek adoptieouders).
Jeugdgezondheidszorg (Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland)	Periodiek volgen van adoptiekinderen en –gezinnen, zowel op medisch als psychosociaal vlak (‘vinger aan de pols’-functie); signaleren van mogelijke risico’s en problemen (adoptiealertheid).
Huisartsen, scholen, kinderopvang	Signaleren van mogelijke risico’s en problemen bij adoptiekinderen en -gezinnen (adoptiealertheid)
Zelforganisaties voor geadopteerden en (aspirant-)adoptieouders	Uitwisselen van ervaringen en bieden van onderlinge steun.

-
-

DSP - groep

Onderzoek – Advies – Management

DSP-groep BV
Van Diemenstraat 374
1013 CR Amsterdam

T +31 (0)20 625 75 37
dsp@dsp-groep.nl
www.dsp-groep.nl

KvK A'dam 33176766

DSP-groep, opgericht in 1984, is een onafhankelijk landelijk bureau voor onderzoek, advies en management, met zestig medewerkers. We werken in opdracht van de overheid (ministeries, provincies en gemeenten), maar ook van maatschappelijke organisaties op landelijk, regionaal en lokaal niveau.

Werkvelden

De werkvelden waarop we de meeste expertise hebben opgebouwd zijn veiligheid, jeugd, sport, kunst en cultuur, onderwijs, openbare ruimte en groen, sociaal beleid, stedelijke vernieuwing, welzijn, wonen en wijkgericht werken.

Dienstverlening

We ondersteunen onze opdrachtgevers bij complexe vraagstukken. We kunnen onderzoek doen, een registratiesysteem of monitor ontwikkelen, een advies uitbrengen, een beleidsvisie voorbereiden, een plan toetsen of tijdelijk het management voeren. DSP-groep geeft ook trainingen, workshops en lezingen.

Meer weten?

Neem vrijblijvend contact met ons op voor meer informatie of om een afspraak te maken. Bezoek onze website www.dsp-groep.nl voor onze projecten, publicaties en opdrachtgevers.